

受託実習生受入手続きについて

(1) 病院実習受入月の前月初日までに別紙第 1 号様式にて、受託実習生委託の申込みをして頂きます。

(2) 申込み書を受け付けましたら、こちらより

- ・ 受託実習許可書
- ・ 請求書
- ・ 内訳書
- ・ 実習受入に伴う取扱準則
- ・ 個人情報保護に関する誓約書
(契約書等が別途必要な場合は対応いたします)

を、送付いたします。

(3) 請求書の記載金額を、実習前月末までにお振り込み下さい。また、個人情報保護に関する誓約書は実習生が記名の上ご返却下さい。

ご不明な点がございましたら下記担当までご連絡下さい。

(担当)

独立行政法人国立病院機構神戸医療センター
庶務係

TEL 078-791-0111 (内 409)

FAX 078-791-5213

Mail 5120sy01@kobe.hosp.go.jp

第1号様式

第 号
平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
神戸医療センター院長 殿

養成機関等の住 所

〃 名 称

〃 代表者名

印

下記のとおり受託実習生の委託の申込みをいたします。

記

1 学生（生徒）の氏名

2 実習期間

3 実習内容

学 年	学生数	実 習 診 療 科	科 目	1 学生 1 人 当 たり		備 考
				時 間 数	日 数	

4 その他

実習計画添付のこと。

※ この申請書は実習月の前月の初日までに提出願います。

第1号様式

第 号
平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
神戸医療センター院長 殿

養成機関等の住 所
// 名 称
// 代表者名 印

下記のとおり受託実習生の委託の申込みをいたします。

記

- 1 学生（生徒）の氏名 **大阪 太郎 ・ 大阪 花子**
- 2 実習期間 **平成21年6月11日 ～ 7月7日**
- 3 実習内容

学 年	学生数	実 習 診 療 科	科 目	1 学生 1 人 当 たり		備 考
				時 間 数	日 数	
3年生	2名	医療事務	医療事務	8	20	

- 4 その他
実習計画添付のこと。

※ この申請書は実習月の前月の初日までに提出願います。